食品検査依頼書

業務管理担当者

依頼年月日	平成　　年　　月　　日	受付番号

依頼者	フリガナ		部署名	
	名　称		フリガナ	
			担当者	
	住　所	〒	TEL	
			FAX	

成績所の宛名、請求書先が依頼者と異なる場合は、ここにご記入下さい。 宛名 請求先	報告様式	郵送・来所
	成績書書式	検体別・項目別

	試験品名（表記事項）	試験項目（該当する項目に○印を付けて下さい）	備考
1		・基本セット（一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌） ・食肉セット（一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌・サルモネラ） ・魚介セット（一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌・腸炎ビブリオ） ・乳製品セット（一般生菌数・大腸菌群） 単項目：一般生菌数、大腸菌群、黄色ブドウ球菌、セレウス サルモネラ、カンピロバクター、腸炎ビブリオ 病原大腸菌O157、大腸菌 その他（　　）	保存状態 常温・冷蔵・冷凍 その他（　　） 採取時間 受領時温度
2		・基本セット（一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌） ・食肉セット（一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌・サルモネラ） ・魚介セット（一般生菌数・大腸菌群・黄色ブドウ球菌・腸炎ビブリオ） ・乳製品セット（一般生菌数・大腸菌群） 単項目：一般生菌数、大腸菌群、黄色ブドウ球菌、セレウス サルモネラ、カンピロバクター、腸炎ビブリオ 病原大腸菌O157、大腸菌 その他（　　）	保存状態 常温・冷蔵・冷凍 その他（　　） 採取時間 受領時温度

試験の目的：品質管理、調査目的、取引証明、先行見本輸入、苦情、その他（　　）

受付日時	平成　　年　　月　　日　　時
報告予定日	平成　　年　　月　　日
受　領　者	
検査料金	円　前納　後納
備　考	

財団法人　東京都予防医学協会
〒162-8402　東京都新宿区市谷砂土原町1-2
TEL 03-3269-1125　FAX 03-3269-3321